



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KARINA SOFIA TAVARES

**A CONTRIBUIÇÃO DA SIMULAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DA
CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA**

FLORIANÓPOLIS

2018

KARINA SOFIA TAVARES

**A CONTRIBUIÇÃO DA SIMULAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DA
CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Juliana Coelho Pina

FLORIANÓPOLIS

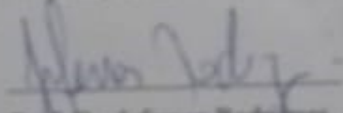
2018

Karina Sofia Tavares

**A CONTRIBUIÇÃO DA SIMULAÇÃO NA ATUALIZAÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DA
CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA**

*Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção
do Título de "Enfermeiro" e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.*

Florianópolis, 08 de novembro de 2018



Prof. Dr. Jefferson Rodrigues,

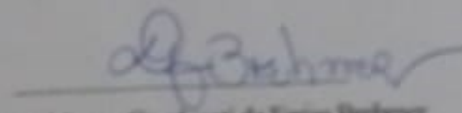
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



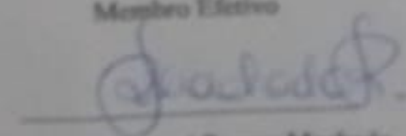
Prof.ª Dr.ª Ana Izabel Jacob de Souza

Presidente



Prof.ª Dr.ª Laura Cavalcanti de Farias Brehner

Membro Efetivo



Prof.ª Dr.ª Rosani Ramos Machado

Membro Efetivo

Dedico este trabalho ao meu avô Joaquim da Silva *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir a conclusão desta etapa, e aos meus amigos e familiares que sempre me incentivaram a continuar, mesmo nos momentos mais difíceis.

“Juro dedicar minha vida profissional a serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, exercendo a Enfermagem com consciência e dedicação, guardando sem desfalecimento os segredos que me forem confiados. Respeitando a vida desde a concepção até a morte, não participando voluntariamente de atos que coloquem em risco a integridade física e psíquica do ser humano, mantendo elevados os ideais da minha profissão, obedecendo os preceitos da ética e da moral, preservando sua honra, seu prestígio e suas tradições.”

Juramento de Enfermagem

RESUMO

Dentre todos os usuários atendidos na atenção primária à saúde, as crianças com necessidades especiais de saúde dependentes de tecnologia necessitam de um maior destaque, pois são um grupo de indivíduos que carecem de um cuidado contínuo e muitas vezes, de maior complexidade, seja ele temporário ou permanente. Pensando nas novas abordagens de cuidado existentes atualmente, o objetivo deste trabalho é conhecer os benefícios da simulação para a educação permanente em saúde da equipe de enfermagem da atenção primária à saúde e quais suas contribuições frente aos cuidados da criança dependente de tecnologia, no contexto da atenção primária. Trata-se de um estudo descritivo exploratório e de caráter qualitativo, realizado com onze profissionais pertencentes a equipes de enfermagem de quatro centros de saúde, localizados na cidade de Florianópolis-SC. Os profissionais participaram de um programa de capacitação, onde foram utilizados simuladores de baixa, média e alta fidelidade, que objetivou a realização de práticas procedimentais relacionadas aos dispositivos tecnológicos mais comumente utilizado por crianças dependentes de tecnologia em domicílio, além a realização de uma prática simulada com a intenção de encenar o atendimento a possíveis intercorrências a essas crianças em domicílio, no âmbito da atenção primária à saúde. A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, que posteriormente foi analisada através da análise de conteúdo, utilizando o método proposto por Minayo. Todo o trabalho respeitou as normas da resolução 466/2012, que regulamenta a pesquisa com humanos. Como resultado evidenciou-se os benefícios do uso da simulação para a capacitação da equipe de enfermagem da atenção primária à saúde e suas contribuições ao cuidado da criança dependente de tecnologia. Os ganhos percebidos com o uso da simulação envolvem a sensibilização dos participantes para o tema, além do fortalecimento de habilidades procedimentais e do raciocínio clínico. Foi possível elucidar alguns nós críticos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais, como a invisibilidade destas crianças para o serviço de atenção primária e a fragilidade do mecanismo de referência e contrarreferência, que se encontram quase inexistentes entre a atenção primária e o serviço hospitalar.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Educação continuada. Simulação. Criança com deficiência. Educação em Enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos Participantes Entrevistados de Quatro Centros de Saúde da Cidade de Florianópolis-SC em 2018/2.....	36
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEPETEC – Centro de Pesquisas Tecnológicas

CDT – Criança Dependente de Tecnologia

CRIANES – Criança com Necessidade Especial de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NES – Necessidades Especiais de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.2 A CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA	17
3.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	20
3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
3.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA.....	23
3.6 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O CUIDADO A CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA.....	25
3.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
3.9 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM – A SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA.....	27
4 MÉTODO.....	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	29
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
4.4 COLETA DOS DADOS	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 RESULTADOS	33
5.1 MANUSCRITO: O Uso da Simulação para a Educação Permanente em Saúde da Equipe de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde: Contribuições para o Cuidado da Criança Dependente de Tecnologia.	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	59
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PÁGINA 01.....	63
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PÁGINA 02	63
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PÁGINA 03.....	65
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO.....	66

1 INTRODUÇÃO

Com os avanços tecnológicos e as profundas transformações sociais que vem ocorrendo ao longo das últimas décadas, há uma crescente necessidade de se criar novas abordagens e metodologias educacionais em saúde, pois as práticas de enfermagem estão se tornando cada vez mais científicas; o que era considerado uma arte de cuidar tornou-se uma ciência do cuidado, exigindo que tanto o acadêmico quanto o profissional de enfermagem tenham as competências necessárias para uma tomada de decisão reflexiva, crítica e resolutiva em relação aos seus serviços prestados (MARTINS et al., 2012; NEGRI et al., 2017).

Pensando-se nos; profissionais de enfermagem que atuam na esfera da Atenção Primária à Saúde (APS) que é a ordenadora da rede de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e levando-se em consideração as atribuições da APS, que envolvem a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde, faz-se cada vez mais necessário o planejamento e desenvolvimento de experiências educativas que possibilitem ao profissional realizar um atendimento mais universal e integral aos usuários do serviço, independentemente de sua complexidade (GALAVOTE et al., 2016).

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que através da articulação de gestores de saúde, profissionais, representantes sociais e acadêmicos, permite que sejam criadas formas de atualizar e capacitar os profissionais em seu ambiente de trabalho, no que se refere a necessidades relativas ao processo de trabalho. Tal política possibilita que haja continuamente a renovação e capacitação dos saberes e permite melhorias nos serviços prestados pelos profissionais (BRASIL, 2009).

Pensando nisto, o uso de métodos simulatórios para capacitar os profissionais de enfermagem, nas mais diversas demandas que possam surgir em seu ambiente de trabalho, é uma forma que vem sendo estudada para potencializar a melhoria dos serviços prestados. A simulação permite aos profissionais, através de cenários de realidade assistencial, a ampliação e aperfeiçoamento dos seus conhecimentos, e consequentemente uma maior qualificação (MESKA et al, 2016).

A simulação é uma estratégia de ensino-aprendizagem, que propõe uma representação realística do cotidiano profissional, permitindo que o indivíduo possa realizar a intervenção que julgar necessária, sem, no entanto, colocar em risco um paciente real (MEDINA; BARRIENTOS; NAVARRO, 2017). Isto permite que o mesmo consiga aumentar sua autoconfiança e seu senso crítico e, por conseguinte, reduzir a iatrogênia do cuidado (FERREIRA, 2015).

Essas formas de capacitação, e também de estímulo, para com os profissionais da saúde fazem-se necessárias para que, cada vez mais, os serviços de atenção primária ofertados pelo SUS sejam vistos como centros de referência para todos os usuários, independentemente do tipo de complexidade do cuidado que necessita (RAMOS et al., 2015)

Dentre todos os usuários atendidos na APS, as crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) necessitam de um maior destaque, pois são um grupo de indivíduos que necessitam de um cuidado contínuo, e muitas vezes, de maior complexidade, seja ele temporário ou permanente. Por apresentarem alguma fragilidade fisiológica, neurológica ou motora, essas crianças necessitam de um cuidado em saúde ampliado e multidisciplinar, apresentando uma grande vulnerabilidade, tanto de saúde quanto social (MARIANI; DUARTE; MANZO, 2016).

O último censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, apontou que o percentual de crianças menores de 14 anos com algum tipo de necessidade especial de saúde foi de 21,68%, representando, portanto, quase $\frac{1}{4}$ da população infantil brasileira. Na maioria dos casos, tais crianças estavam inseridas em um cenário de vulnerabilidade socioeconômica (CABRAL; MORAES, 2015).

Estas crianças necessitam de maior visibilidade, pois percebe-se carência de políticas públicas voltadas para estes indivíduos. Nesse contexto, há uma necessidade latente de se fomentar a atenção da APS a esse público em específico pois, na maioria das vezes, não apenas a criança, mas sobretudo a família, estão apoiadas nos serviços especializados e acabam não recebendo um cuidado contínuo (RAMOS et al, 2015).

As diferentes necessidades que as CRIANES apresentam estão sendo representadas em seis diferentes classificações, considerando o tipo de vulnerabilidade que possuem e a complexidade do cuidado que exigem. São elas: demandas de desenvolvimento, cuidados tecnológicos, cuidados medicamentosos, cuidados habituais modificados, cuidados mistos e cuidados clinicamente complexos. Muitos desses cuidados são passíveis de serem atendidos na APS, porém praticamente todos os casos são encaminhados aos serviços de média e alta complexidade (GÓES; CABRAL, 2017).

A criança com demanda do desenvolvimento é aquela portadora de alguma disfunção neuropsicomotora, podendo haver limitações funcionais e incapacitantes e que muitas vezes não acompanham os marcos do seu desenvolvimento. O cuidado medicamentoso envolve a criança que faz uso de medicação controlada e contínua, como insulina, cardiotônicos e broncodiladores. O cuidado habitual modificado envolve a criança que necessita de adaptações em seu cotidiano para conseguir realizar as atividades diárias. Os cuidados mistos

envolvem mais de um tipo de necessidade e o cuidado clinicamente complexo elenca, além de todas as anteriores, o cuidado como suporte básico da vida, sendo essas crianças geralmente tratadas em ambiente hospitalar (GÓES; CABRAL, 2017).

As crianças que necessitam de cuidados tecnológicos são aquelas que necessitam utilizar algum tipo de dispositivo de maior complexidade, como por exemplo, traqueostomia e ostomias de forma geral (GÓES; CABRAL, 2017), e carecem de uma assistência mais ampliada, além de um cuidado contínuo e multidisciplinar, que muitas vezes só é ofertado em centros especializados em saúde. A APS, que deveria ser o centro de apoio destas crianças e seus familiares, muitas vezes atua com desamparo às necessidades dos mesmos, seja por falta de preparo do profissional, seja por falta de recursos (MONNERAT et al, 2016).

Há uma crescente necessidade de se criar formas de capacitar o profissional de enfermagem que atua na APS, para servir como rede de apoio para essas crianças e seus familiares. Tais profissionais estão inseridos no ambiente social destas crianças e conseguem executar um cuidado integral às suas necessidades, levando em consideração não somente a doença em si, mas todo o contexto que ela e a família estão inseridas. Desta forma, o vínculo inerente que ocorre entre o profissional da APS e estas famílias promove um cuidado muito mais constante e qualificado e com uma maior resolubilidade, caso a criança venha a ter alguma intercorrência (OKIDO; ZAGO; LIMA, 2015).

Ao cursar a disciplina *O Cuidado no Processo de Viver Humano IV - Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do Adolescente*, ministrada na sexta fase da graduação, pude perceber, nas atividades teórico práticas realizadas em ambientes hospitalares, o desamparo que estas crianças sofrem por falta do apoio da sua rede de saúde local; famílias que, muitas vezes, moram a quilômetros de distância, tinham que deslocar para receber um tratamento que, muitas vezes, poderia ser solucionado na própria cidade.

Pensando nisto, a questão central do estudo apresentado é “*Como a simulação pode contribuir para a capacitação da equipe de enfermagem da atenção primária à saúde, no cuidado das crianças dependentes de tecnologia?*”. Pretende-se, por meios da capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam na APS, da cidade de Florianópolis-SC, identificar como o uso da simulação, enquanto metodologia de ensino, pode contribuir para a melhoria dos serviços prestados às crianças dependentes de tecnologia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os benefícios da simulação para a educação permanente em saúde da equipe de enfermagem da atenção primária à saúde e quais suas contribuições frente aos cuidados da criança dependente de tecnologia, no contexto da atenção primária.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CRIANÇA COM NECESSIDADE ESPECIAL DE SAÚDE

Crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) é a nomenclatura traduzida de *Children with Special Health Care Needs* (CSHN), designação que surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), na metade da década de 1980 (WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 2017). Essa definição, que ficou esclarecida apenas no fim da década de 1990, visa representar todas as crianças que apresentam ou possuem alto risco para desenvolver alguma condição crônica de saúde que as faça requerer o uso de serviços assistenciais, além dos exigidos por crianças em geral, e necessitando, portanto, de um cuidado contínuo e ampliado em saúde (ALVES, AMENDOEIRA, CHAREPE, 2016; ARRUÉ et al., 2016; MCPHERSON et al., 1998).

No Brasil, as primeiras discussões acerca das CRIANES iniciaram no começo dos anos 2000, onde foi percebido que as modernizações farmacológicas e tecnológicas, o desenvolvimento de novas tecnologias para a área da saúde (CABRAL; MORAES; SANTOS, 2003) e a criação de políticas públicas de saúde que visavam a redução da mortalidade infantil (BARBOSA et al., 2016) contribuíram para a sobrevivência de crianças com condições de saúde-doença complexas. Nesse contexto, emergiu um grupo de crianças com necessidade especiais de saúde (NES), de caráter contínuo e muitas vezes complexo, frequentemente denominadas de herdeiras da tecnologia ou crianças com condições crônicas (ARRUÉ et al., 2016), as quais nem os serviços de saúde, quiçá os familiares/cuidadores, estavam preparados para cuidar (CABRAL; MORAES; SANTOS, 2003; BARBOSA et al., 2016).

A fim de se operacionalizar o cuidado dessas CRIANES, foi realizada uma categorização a partir da definição inicial, pautada no tipo de deficiência ou incapacidade que as crianças possuem e relacionando-se a elas a demanda de cuidado que necessitam.

Assim, para Góes e Cabral (2017), as CRIANES são categorizadas em demandas de cuidado, definidos em: demandas de cuidados desenvolvimentais, de cuidados tecnológicos, de cuidados medicamentosos, de cuidados habituais modificados, de cuidados mistos e de cuidados clinicamente complexos.

De acordo com a *The National Survey of CSHCN* (NS-CSHCN) - uma instituição americana que realiza pesquisas nacionais com crianças com necessidades especiais de saúde - e a *The National Survey of Children's Health* (NSCH) - instituição americana que realiza pesquisas nacionais relacionadas a saúde infantil - entre 2011 e 2012, cerca de 14,6 milhões de crianças norte americanas entre 0 e 17 anos apresentavam necessidades especiais de saúde,

uma prevalência de 19,8%. Dentre alguns problemas mais comumente apresentados estão a dificuldade de aprendizagem, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, ansiedade, problemas comportamentais e atraso no desenvolvimento (CHILD AND ADOLESCENT HEALTH MEASUREMENT INITIATIVE, 2012).

Nacionalmente, não há dados epidemiológicos concretos em relação à prevalência de CRIANES no país; o último censo demográfico, realizado em 2010, revelou que na população com idade compreendida entre 0 a 14 anos, que representa 24,1% da população infantil brasileira, observa-se uma incidência de 21,68% de pelo menos algum tipo de deficiência (CABRAL; MORAES, 2015).

Mesmo passados quase vinte anos desde as primeiras discussões nacionais a respeito do tema, ainda hoje, as crianças com necessidades especiais de saúde são praticamente invisíveis perante os serviços de saúde e a sociedade. Percebe-se que a construção de políticas de assistência à saúde integral da CRIANES ainda são incipientes e pouco estruturadas e há uma profunda fragilidade e fragmentação no cuidado das mesmas (DUARTE et al., 2015b).

3.2 A CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA

As crianças dependentes de tecnologia, para Okido et al. (2016) - são crianças com condições crônicas de saúde que requerem cuidados médicos de maior complexidade, estomias diversas e são dependentes de dispositivos tecnológicos para manter as condições de vida.

As CDT integram o conjunto de CRIANES (OKIDO et al., 2016); são caracterizadas como aquelas que fazem uso de um ou mais tipos de dispositivos tecnológicos, como oxigênio terapia, traqueostomia, uso de cateteres urinários, gastrostomia e colonostomia (OKIDO; ZAGO; LIMA, 2015); em relação ao tempo de uso dos dispositivos, pode ser por um período curto ou de longa permanência (OKIDO; PINA; LIMA, 2016; OKIDO et al., 2016).

Algumas das situações clínicas que podem ocasionar a necessidade do uso de dispositivos tecnológicos são as síndromes genéticas, as malformações congênitas, a prematuridade, hipóxia neonatal, paralisia cerebral, doenças neoplásicas, traumas, afogamentos, acidentes por queimaduras (OKIDO; PINA; LIMA, 2016) insuficiência respiratória e cardiopatias (LIMA; PAULO; HIGARASHI, 2015).

Ao receber o diagnóstico de que o/a filho/a passará a utilizar algum aparelho para manter as condições normais de vida, a família comumente expressa reações de choque e não

aceitação frente a essa nova realidade, ainda que o dispositivo permita que o mesmo seja cuidado em domicílio, (FIGUEIREDO; SOUZA; GOMES, 2016).

Para Souza et al (2017), a família de uma CDT sofre múltiplas mudanças; no âmbito emocional, onde observa-se um grande impacto emocional e sobrecarga física; no âmbito social, é comum as famílias se isolarem socialmente; no âmbito financeiro, pois mesmo com as políticas públicas de saúde que deveriam assegurar um acesso integral e universal aos serviços de saúde, muitas famílias se deparam com a necessidade de comprar insumos, devido à falta de suporte na rede de saúde local.

O contato com os cuidados relacionados aos dispositivos utilizados pelas CDT começam na própria instituição hospitalar, onde o cuidador, aos poucos, é capacitado e torna-se o responsável pelo cuidado, sempre com a supervisão da equipe de enfermagem da unidade, o que lhe dá um sentimento de segurança. Porém, é em casa que as dúvidas e incertezas relacionadas ao cuidado vão surgindo - quando esta criança chega ao domicílio, a família vivencia um momento de extrema transformação, onde necessita se reajustar à nova realidade; o medo em relação a possíveis complicações relacionadas aos dispositivos e a possibilidade de prejudicar a criança com alguma prática mal realizada gera insegurança no cuidado, comumente ocasionando desgaste físico e estresse emocional por parte do cuidador/familiar; sentimentos como medo, tristeza e dúvidas são frequentemente expressados por todos que compartilham o núcleo familiar (ESTEVES et al., 2015; SOUZA et al., 2017).

O cuidado da CDT é descrito como desafiador, contínuo e intensivo, comumente feito por uma única pessoa do núcleo familiar, associado na maioria das vezes à figura materna, cujas atribuições não se detêm apenas no cuidado integral da criança, pois a mesma assume a obrigação de se articular entre os afazeres domésticos, os outros filhos e a vida conjugal (OKIDO et al, 2016). As mães de CDT são, portanto, levadas a extrema sobrecarga emocional e física, que acabam oportunizando o desenvolvimento de doenças psicossomáticas, como depressão e ansiedade (LIMA; PAULO; HIGARASHI, 2015).

Dias, Arruda e Marcon (2017) realizaram um estudo objetivando conhecer as vulnerabilidades familiares de CRIANES, cujos participantes foram cuidadores de 68 crianças com NES do município de Maringá, no estado do Paraná. Os autores identificaram que 92,6% das crianças possuíam, dentre outras demandas de cuidado, também a dependência de tecnologia, 92,6% dos cuidadores era a mãe, 76,5% relataram que deixaram de trabalhar para se dedicar ao cuidado da criança, 48,6% era pertencente a classe econômica C e, mesmo assim, 83,8% das crianças possuíam plano de saúde privado.

Embora seja um estudo isolado, o mesmo só corrobora com o pressuposto que ter uma CDT em casa requer uma reestruturação na dinâmica familiar: é comum a mãe/cuidadora deixar o vínculo empregatício para poder se dedicar exclusivamente aos cuidados da criança e, como nem sempre o SUS fornece com garantia total todos os recursos/insumos necessários para o cuidado da CDT, aliado a uma renda familiar reduzida, começam a surgir os problemas financeiros e conflitos no seio familiar (LIMA; PAULO; HIGARASHI, 2015).

Cabral, Moraes, Santos (2003) defendem que o cuidado domiciliar da CDT (e as CRIANES em geral) não deve ser pautado visando apenas a sobrevivência, sendo necessário que a criança receba acompanhamento profissional e, sobretudo, estímulos que proporcionem o seu crescimento e desenvolvimento, visando a manutenção da saúde e diminuição de agravos e, conseqüentemente, tendo uma melhor qualidade de vida. Para as autoras, é notável que no ambiente domiciliar a atenção as necessidades físicas, espirituais, afetivas e cognitivas são fatores de proteção que auxiliam na prevenção de possíveis reinternações hospitalares.

Ademais, a CDT não deve ser dependente de apenas uma instituição hospitalar, pois percebe-se que os benefícios de se estabelecer vínculos sólidos com as redes sociais que estão próximas ao núcleo familiar têm garantido um atendimento integral e longitudinal a essa criança, aumentando sua autonomia no cuidado e, conseqüentemente, diminuindo agudizações do quadro clínico, impactando cada vez mais na sua qualidade de vida (BARBOSA et al, 2016).

Sob a ótica de Cabral e Moraes (2015) – definem rede social em sua perspectiva antropológica como “algumas unidades sociais (indivíduos ou grupos) com as quais um indivíduo particular ou um grupo está em contato” (p. 1079).

Neste sentido, a rede social representa a interação entre os serviços que atuam com o suporte de cuidados, como a atenção primária, secundária e terciária e a família/cuidador da CDT (SOUZA et al., 2017). Ela é considerada como uma rede de dimensão estrutural, onde também podem ser inseridos, por exemplo, a vizinhança, entidades religiosas e filantrópicas (OKIDO et al., 2016). Uma rede bem estruturada gera benefícios aos seus usuários, como a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida e o enfrentamento de situações estressantes, que são fatores protetivos para a manutenção da saúde mental (CABRAL; MORAES, 2015).

Neste contexto, percebe-se cada vez mais a necessidade da equipe de enfermagem da APS, enquanto rede social da família da CDT, procurar criar vínculo com as mesmas, pois inserida no contexto domiciliar a equipe consegue perceber a dinâmica familiar e providenciar um cuidado direcionado às necessidades específicas de cada família, através da comunicação

clara, do respeito, do cuidado humanizado e, sobretudo, da confiança (CABRAL;MORAES, 2015)

Para que tais objetivos sejam alcançados e a CDT consiga ter um atendimento integral e longitudinal, faz-se necessário que haja uma reestruturação na maneira como a APS atua, de forma a se adequar à necessidade crescente da população em condição crônica. Ademais, torna-se necessária a articulação com a rede de atenção à saúde, a criação de políticas públicas voltadas a este tipo de população e a capacitação constante dos profissionais atuantes, através de um sistema de educação permanente sólido e eficaz (DUARTE et al, 2015a, DUARTE et al, 2015b).

3.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A rede de atenção à saúde é uma organização poliárquica criada para remodelar e aperfeiçoar os serviços oferecidos pelo SUS, através da articulação cooperativa e interdependente dos variados serviços de saúde, sendo ordenado pela Atenção Primária à Saúde. Pauta-se na necessidade de fornecer um serviço humanizado, integral e resolutivo, com equidade e qualidade, que atenda as reais necessidades da população - no momento certo, no lugar certo e com o custo certo, de forma que gere valor a seus usuários. Portanto, a RAS não é uma estrutura física, mas sim um conceito organizacional que serve para orientar os serviços de saúde, de forma a atender as necessidades de saúde da população (MENDES, 2015).

Foi instituída através da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS dentro do SUS, cuja definição adotada foi:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010, p.1)

Ressalta-se que o objetivo da RAS é prestar um atendimento integral, resolutivo, regionalizado, focado nas necessidades da população e com a integração entre seus diversos pontos, visando a melhoria na qualidade de vida da população, cuja importância se deve ao seu alto potencial de transcender o sistema desarticulado e fragmentado hegemônico do SUS (BRASIL, 2015; MENDES, 2015).

Os elementos que constituem a RAS são: *A população*, definida como sua razão de ser - é reconhecida como a população adstrita sob sua responsabilidade, que deve ser

reconhecida, segmentada e estratificada levando-se em consideração seus fatores de risco e as condições de saúde; *A estrutura* - caracterizada como o elemento operacional da RAS, são os diversos serviços de saúde que atuam no SUS e se entrelaçam entre si por nós, através de um plano horizontal, que tem como centro a APS; *Os modelos de atenção à saúde* - são os sistemas que organizam o funcionamento da RAS, divididos atualmente por modelo de atenção a eventos agudos e modelo de atenção a condição crônica (MENDES, 2015).

A situação de saúde no atual panorama epidemiológico brasileiro é expressa por uma tripla carga de doenças, caracterizada como: a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição; o aumento das condições e doenças crônicas e os seus fatores de risco; e o aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Essa situação, aliada a um sistema de atenção à saúde fragmentado, com foco no atendimento de eventos agudos ou nas agudizações das condições crônicas, é atualmente apontada como o principal problema do SUS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015; MENDES, 2015).

Para tanto, a criação da RAS justifica-se na ideia de reformular a forma como os serviços de saúde são ofertados à população e quais as prioridades de cuidado que devem ser evidenciadas para que se tenham um sistema de saúde resolutivo e eficaz.

Em sua pactuação, foram adotadas cinco redes temáticas prioritárias para o cuidado, sendo elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015). São considerados eixos norteadores do cuidado que se relacionam e interagem entre si, entre os diferentes pontos da RAS, e possuem como centro de comunicação a APS (MENDES, 2011)

A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída através da Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, tem por objetivos a promoção da saúde da criança, através de cuidados integrais, com especial ênfase na primeira infância e as populações em situações de maior vulnerabilidade. As ações propostas na política visam a redução da morbimortalidade infantil e a promoção do crescimento e desenvolvimento em condições dignas. Para tal, foi formulada em sete eixos estratégicos, cujas ações se organizam a partir das RAS (BRASIL, 2015, BRASIL, 2018)

A CRIANES, e consequentemente a CDT, consegue ter seu cuidado apoiado em todos os setes eixos da PNAISC; entretanto, o eixo estratégico IV – Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas - merece destaque, por se

tratar de um eixo voltado especificamente à população infantil com doença crônica (ou em situação crônica de saúde), e por orientar como o cuidado deve ser coordenado e ordenado a partir da APS (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde (BRASIL,2015), a respeito do funcionamento efetivo da RAS, discorre: “Para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde” (p.20).

3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS), termo sinônimo de Atenção Básica (AB), no Brasil é coordenada por gestores federais, estaduais e municipais. É uma estratégia de cuidado que está amparada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi designada como ordenadora da RAS e principal porta de entrada dos usuários, devendo seguir em consonância com os princípios do sistema, que se apoiam na universalidade, equidade, acessibilidade, integralidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e a participação social (BRASIL, 2017).

A APS surgiu para solidificar o proposto pela constituição federal e os princípios regentes dos SUS, definindo saúde como um direito social de todos os cidadãos situados em solo brasileiro (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Desta forma, apresenta-se como um conjunto de estratégias voltadas para a população, que visam o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, no âmbito comunitário, relacionados à promoção, proteção e recuperação integral da saúde dos usuários e das coletividades adscritas (BRASIL, 2017).

Sua definição como ordenadora da RAS é:

[...]O nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL, 2010, p.2).

Para que sua atuação seja efetiva, deve se basear no conhecimento das características das populações, levar em consideração sua dinamicidade, suas vulnerabilidades e seu território adscrito, por meio de uma gestão e um cuidado vinculativo, democrático e corresponsável, que permita a participação ativa comunitária, onde o trabalho em equipe impere (BRASIL, 2017)

Para que se tenha uma APS operacionalmente de qualidade, é imperativo a aplicação prática de sete atributos e três papéis (BRASIL, 2015).

Dos sete atributos, os quatro primeiros são definidos como primários ou essenciais, são eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (BRASIL, 2015). Todos estes quatro atributos servem como elementos estruturais para a consolidação da APS (SILVA et al., 2017). A focalização, a orientação comunitária e a competência cultural, configuram os três atributos secundários, sendo definidos como derivados/complementares (MENDES, 2015). Em adição, a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização se configuram como papéis fundamentais para nortear a APS enquanto estratégia de saúde (BRASIL, 2015).

Segundo Mendes (2015), em um estudo sobre a construção social da APS, há evidências que as fragilidades associadas à qualidade dos serviços prestados na atenção primária estão relacionadas, intimamente, com a ausência da aplicação efetiva de um ou mais atributos.

3.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA

Tem-se notado um distanciamento crescente entre a APS e a CRIANES e, conseqüentemente, a CDT e sua família. Em um estudo recente, envolvendo dez CRIANES de demandas variadas, atendidas em uma instituição filantrópica no estado de Minas Gerais, nove não contavam com o apoio da APS de sua localidade. A alegação dos cuidadores se pauta em um atendimento pouco resolutivo, o que resultou na quebra do vínculo, fazendo com que a família deixasse de ver a APS como uma referência para o cuidado (REIS, 2017). Esse estudo corrobora com outro, que objetivava entender como os familiares cuidadores se articulavam nas redes sociais de CRIANES, evidenciando-se que a primeira referência para o cuidado das crianças são as instituições hospitalares, sob a alegação de que a relação de confiança entre cuidador/instituição é construída através da resolutividade do cuidado, e se mantém numa relação de dependência, pois neste contexto a atenção terciária é uma articuladora do cuidado eficaz; entretanto a relação com a atenção primária à saúde se constitui em uma relação fragmentada, sendo último recurso utilizado, e somente quando o cuidador necessita. Foi evidenciado, portanto, que no contexto domiciliar o cuidador é o articulador principal da rede social da criança e que a APS ocupa papel secundário e, muitas vezes, quase insignificante na vida destas pessoas (CABRAL; MORAES, 2015).

Partindo disto, a Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas – um dos eixos temáticos prioritários da PNAISC – é um passo inicial para se modificar esse cenário. A estratégia consiste em:

Diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível (BRASIL, 2015, art. 6º, item IV).

Esta estratégia prevê a atenção integral a doenças prevalentes na primeira infância, bem como a construção de linhas de cuidado para crianças com doenças crônicas e o estímulo da atenção e internação, no âmbito domiciliar.

Para que se tenha uma atenção integral à saúde das crianças com doenças crônicas, parte-se do pressuposto que as mesmas, além dos serviços oferecidos para o tratamento das patologias, necessitam também ser acompanhadas em relação ao seu crescimento e desenvolvimento, e que estes acompanhamentos sejam articulados entre os diferentes pontos da rede, tomando como ponto central a APS. Tal articulação é caracterizada como um dos principais desafios para a atenção integral à saúde da criança, sendo que a criação deste eixo temático servirá como motor para transformar esta fragmentada realidade (BRASIL, 2018).

A integralidade do cuidado é um dos objetivos principais a serem alcançados; para isto, faz-se necessário o planejamento de ações e estratégias de cuidado articulados entre os profissionais de referência, os serviços de saúde e a família, tomando como modelo o projeto terapêutico singular, que norteará o cuidado da criança nos diferentes pontos da rede, pensando-se previamente nas condições de saúde da criança, se agudas ou não (BRASIL, 2018).

A política prevê, na criação de linhas de cuidado voltadas para crianças com doenças ou agravos crônicos, uma forma de alterar esse contexto desarticulado e fragmentado, hegemônico do SUS; através das linhas de cuidado, a criança e sua família conseguirão ter um itinerário terapêutico previamente estruturado, com vistas nos diferentes pontos da RAS (BRASIL, 2018).

Ademais, o estímulo à atenção domiciliar é exaltado, constituindo uma forma de atenção substitutiva e complementar à internação hospitalar, objetivando uma melhor qualidade de vida dessas crianças e suas famílias, bem como o aumento de sua autonomia, repercutindo também na prevenção de reinternações hospitalares, liberação de leitos e menor gasto público com hospitalizações, muitas vezes desnecessárias (BRASIL, 2018).

Para isto, faz-se necessário que a criança/família tenha vínculo sólido com sua referida unidade de APS e que esta seja uma ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado efetiva.

3.6 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O CUIDADO A CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIA

A lei do exercício profissional, juntamente com a PNAB, define como equipe de enfermagem, no contexto da atenção primária: os enfermeiros, os auxiliares e os técnicos de enfermagem - cada qual com atribuições específicas e outras que se compartilham na prática laboral (BRASIL,1986; BRASIL,2017)

Dentre as inúmeras atribuições que o enfermeiro está envolvido, ganham destaque a atenção integral a todas as fases do desenvolvimento do usuário, através da realização da consulta de enfermagem, a realização de atividades voltadas para a promoção de saúde, o planejamento, gerenciamento e a avaliação de ações de educação permanente e a educação em saúde (BRASIL,2012; BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Ao técnico/auxiliar de enfermagem se destacam a realização de procedimentos dentro da unidade e de atividades de demanda espontânea, bem como ações de educação em saúde à população do território; além disso, está prevista sua participação, em conjunto com o enfermeiro, nas atividades de educação permanente com a equipe (BRASIL,2017).

A equipe de enfermagem, no contexto comunitário, deve servir de apoio social ao cuidador das CDT, pautando-se na coordenação do cuidado domiciliar, previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Além disso, a equipe deve estar preparada, através do conhecimento e das habilidades relacionadas ao manejo dos dispositivos tecnológicos, para realizar um atendimento integral e contínuo a essa criança e sua família, independente da condição de saúde que se apresente (BRASIL, 2017). Busca-se, desse modo, um cuidado que se pautar no respeito, no vínculo e no direito à vida, objetivando, assim, a criação de uma relação de confiança, para tornar a equipe de enfermagem da APS referência no cuidado da CDT no domicílio.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem serve de ferramenta para promover a aproximação das famílias ao contexto da APS, onde poderiam ser realizados mais cuidados voltados à manutenção e reabilitação da saúde, focados no crescimento e desenvolvimento da criança, com vistas a superar o cuidado direcionado apenas em situações de agudizações, como usualmente ocorre com o cuidado hospitalar (BRASIL, 2017; CABRAL;MORAES,2015, SILVA et al, 2017).

Equipes de enfermagem atuantes em APS têm relatado que as fragilidades relacionadas à descontinuidade do cuidado das CDT são decorrentes, entre outros fatores: da falta de políticas públicas de saúde voltadas especificamente a esta população; da sobrecarga dos profissionais com as rotinas da unidade, sobretudo relacionadas à demanda espontânea; da falta constante de insumos e da falta de fluxos de encaminhamentos e sistema de referência e contrarreferência, fazendo com que as CDT continuem, mesmo após a alta, sendo dependentes de instituições hospitalares (DUARTE et al, 2015a).

Faz-se necessário pensar em estratégias para aproximar essas crianças da equipe, bem como promover o repensar das equipes quanto ao seu processo de trabalho.

3.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A educação permanente em saúde é uma política instituída pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, sendo definida como:

[...]O conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007, item VI).

É considerada uma estratégia educacional que visa a reestruturação dos processos de trabalho em saúde, pautando-se na aprendizagem no trabalho como forma de transformar as práticas profissionais. É norteadada pela realidade e os problemas de saúde enfrentados pelos profissionais no seu cotidiano de trabalho, levando-se em consideração os conhecimentos e experiências prévias dos envolvidos, de forma a se provocar reflexões através das problemáticas, que possibilitarão as transformações nas práticas de saúde e nos rearranjos organizacionais (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Para que consiga exercer seu papel de origem, faz-se necessário considerar as peculiaridades regionais, alimentar a necessidade contínua de formação e desenvolvimento dos profissionais atuantes, possibilitando, assim, uma reorganização do trabalho em saúde, orientando-se nos processos de trabalho e para o trabalho.

A PNAB prevê orientações relacionadas à educação permanente voltada para os profissionais da APS, acreditando que, além de ser uma estratégia pedagógica, pode ser entendida como uma estratégia de gestão, com grande influência nas mudanças, partindo do

ponto de que é um processo que se faz “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2012, P.39).

Segundo a PNAB (2012):

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/capacitação de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2012, p.39)

Sua elaboração deve levar em consideração o contexto real dos envolvidos e a metodologia de ensino utilizada, de forma a permitir que os participantes sejam os responsáveis pelas reflexões em relação à problemática existente. Dessa forma, atuam como construtores de conhecimento, através de alternativas de ação que se baseiam não apenas no conhecimento recém adquirido, mas que também exaltem toda a experiência e os conhecimentos construídos ao longo de sua vida profissional.

3.9 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM – A SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA

As metodologias ativas de ensino são reconhecidas como aquelas que promovem a ruptura do padrão tradicional de ensino escolar que se norteia pela transmissão hierárquica de conhecimentos seguindo a lógica professor-aluno, pauta-se em um conjunto de estratégias que elevam ao aluno ao papel de protagonista no seu processo de aprendizado; sua construção quando baseada em um modelo teórico prático, permite que os envolvidos se tornem mais críticos e reflexivos em relação a sua *práxis* e seu processo de trabalho (ROMAN et al, 2017)

Diante disto, a simulação, a simulação, uma estratégia pedagógica (ALMEIDA et al, 2016), que tem como base a metodologia ativa; possui como principal característica definidora a utilização de recursos tecnológicos, que permitem aos envolvidos a possibilidade de aprimorarem e experienciarem as vivências e práticas inerentes à profissão da enfermagem (COSTA et al 2015), em um ambiente controlado (FABRI et al, 2017) e seguro (OLIVEIRA;PRADO;KEMPFER, 2014). Nessa proposta, o participante possui papel ativo no auto desenvolvimento de habilidades e competências, permitindo que os conhecimentos teóricos sejam aplicados aos práticos, de forma reflexiva e crítica, em intervenções de

enfermagem guiadas por um professor/tutor, que tem como principal atribuição servir de facilitador (SILVEIRA;COGO, 2017; COSTA et al, 2015; COSTA et al, 2016;).

Atualmente as simulações se expandiram e foram aprimoradas, existindo variadas formas de se aplicar capacitações utilizando simuladores, entre eles os que representam o corpo humano, como os manequins de baixa e média fidelidade, que auxiliam no desenvolvimento de habilidade técnicas, como a realização de punção venosa, cateterismo vesical, etc. Os simuladores de alta fidelidade são simuladores de corpo completo, que interagem com o participante, através de respostas fisiológicas a determinadas condutas realizadas. Há também os pacientes simulados - atores que dramatizam determinadas cenas, com o objetivo principal de desenvolver habilidades relacionais. Ainda, podem ser utilizados os ambiente virtuais - programas computadorizados de alta fidelidade, que oferecem a possibilidade de reproduzir fenômenos audiovisuais, como, por exemplo, sons cardíacos e sons pulmonares. (MEDINA; BARRIENTOS; NAVARRO, 2017)

A simulação permite a seus atores, além do desenvolvimento de habilidades cognitivas e psicomotoras, o aumento da autoconfiança, a autonomia frente a resolução de problemas, o pensamento crítico e reflexivo; promove melhoria no trabalho em equipe, na comunicação interpessoal e interprofissional e possibilita, através de sua repetição, a diminuição de erro no cuidado, elevando os padrões de segurança e, por conseguinte, melhorando a segurança do paciente (OLIVEIRA;PRADO;KEMPFER, 2014; COSTA, 2015; ALMEIDA et al, 2016; FABRI et al, 2017).

Na literatura, não foram encontrados registros relacionados aos benefícios da simulação aplicados à equipe de enfermagem da atenção primária a saúde, ainda mais em relação ao cuidado domiciliar de CRIANES e CDT. Esta lacuna evidencia a necessidade de explorar mais este tipo de estudo, tendo em vista os benefícios que a simulação oferece aos seus envolvidos, não apenas na questão de habilidades procedimentais, mas também frente à possibilidade de melhorar o raciocínio clínico e as habilidades relacionais.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo de caráter descritivo-exploratório e abordagem qualitativa. O estudo descritivo se refere ao método de pesquisa onde o pesquisador visa conhecer os envolvidos, suas características e sua subjetividade, através de uma coleta de dados padronizada. (TRIVIÑOS, 1997)

Para Triviños (1997), o foco do estudo descritivo está no desejo de conhecer o objeto do estudo na forma que se apresenta, sem levar em consideração o porquê determinado fenômeno se apresenta, mas como e quais são suas características.

A abordagem qualitativa se refere a busca pelo entendimento do que é apresentado, é a tentativa de compreender o que é dito, através das ações, dos símbolos e do subjetivo (TAQUETTEI, MINAYO, 2014).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Para selecionar os participantes do estudo em um primeiro momento foram escolhidos centros de Saúde (CS) da atenção primária à saúde, pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC (SMS), sendo selecionados seguindo o critério de inclusão de possuir em seu território adstrito pelo menos uma CDT, sendo definidas através da designação da SMS e da utilização da técnica *Snowball*.

Por meio de um contato inicial com os coordenadores dos CS escolhidos, no período de maio de 2018 a junho de 2018, foi apresentada a proposta do estudo, e ofertadas capacitações relativas às tecnologias mais comumente utilizados pelas CDT em domicílio, que foram - traqueostomia, sondagem vesical, sondagem nasoenteral e gastrostomia; ficando a critério dos coordenadores apresentar a proposta aos profissionais, e encaminhar os interessados em participar das capacitações, bem como a escolha dos dispositivos tecnológicos de interesse a serem abordados.

As capacitações foram realizadas no período entre agosto de 2018 e setembro de 2018, nas dependências dos CS participantes e em um laboratório de práticas simuladas (LPS), este pertencente ao Centro de Pesquisas em Tecnologias de Cuidado em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPETEC), em Florianópolis – SC.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram elegíveis para participarem das capacitações os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) pertencentes aos CS selecionados, com vínculo efetivo com a SMS e que estivessem em exercício no período da coleta de dados. Foram excluídos do estudo os participantes que não concluíram a capacitação prevista (faltaram em pelo menos um dia), profissionais que atuavam há menos de 6 meses na APS e aqueles em período de férias ou afastamento. O número de participantes não foi definido previamente e obedeceu ao critério de saturação dos dados.

4.4 COLETA DOS DADOS

As capacitações foram divididas em dois momentos - O primeiro caracterizado como uma sessão de práticas procedimentais, ocorreu nas dependências dos CS participantes no período de agosto a setembro de 2018. O segundo momento reconhecido como uma simulação clínica de alta fidelidade, foi realizado no laboratório de práticas simuladas no mês de setembro de 2018.

Na sessão de práticas procedimentais, os profissionais receberam uma revisão teórico-prática a respeito da tecnologia escolhida, sendo que, cada participante pôde realizar nos simuladores as técnicas inerentes ao manejo dos dispositivos abordados. Foram utilizados simuladores de baixa¹ e média fidelidade², além dos insumos inerentes para o cuidado de cada tecnologia.

Finalizado o primeiro momento, em comum acordo foi decidido a respeito da data da realização da simulação de alta fidelidade, levando-se em consideração a disponibilidade dos profissionais e do LPS.

No segundo momento, foi realizada uma simulação clínica de uma possível intercorrência em ambiente domiciliar, através de um cenário clínico, onde foi utilizado, além de uma atriz para dramatizar a mãe de uma CDT, o simulador de alta fidelidade³.

Antes de iniciar o cenário simulado foi realizado o *prebriefing*, momento este onde são apresentados todos os recursos e respostas do simulador, os materiais disponíveis no cenário, além das instruções a respeito da simulação.

¹ Simulador pediátrico confeccionado pelas pesquisadoras, a partir de manequim de loja, com ostomias.

² Resusci Baby e Resusci Junior (ambos da marca Laerdal®).

³ SimBaby (Laerdal®).

Após cada simulação ocorreu o *debriefing*, momento onde foram discutidos com os profissionais as facilidades e fragilidades do desempenho dos participantes na prática clínica simulada. O *debriefing* foi estruturado em quatro fases: *emocional*, em que os participantes foram questionados sobre como se sentiram no cenário; *descritiva*, na qual os participantes foram solicitados a descrever toda a cena; *analítica*, onde os participantes foram questionados sobre os pontos positivos de sua atuação e sobre o que fariam de maneira diferente em caso de uma nova situação; e *conclusiva*, quando os participantes foram questionados sobre qual aprendizado levariam da simulação clínica, bem como foram informados se atingiram os objetivos do cenário proposto (COUTINHO et al., 2014).

Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas por questões norteadoras, que ocorreram no CEPETEC/UFSC logo após finalizar a prática simulada; para fins de caracterização dos participantes, antes da entrevista, foi aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE A), que foi preenchido pelo entrevistador.

A entrevista semiestruturada é entendida como aquela técnica que parte de certos questionamentos básicos, ou seja, de uma entrevista com perguntas que norteiam a resposta do entrevistado, permitindo que o mesmo consiga exprimir suas experiências sobre o tema trabalhado (TRIVIÑOS, 2007).

Foram realizadas cinco questões norteadoras:

1. O programa de capacitação atingiu o objetivo proposto? Por quê?
2. Quais são os aspectos positivos e negativos do método utilizado na capacitação (ou seja, as simulações)?
3. O que deveria ser modificado?
4. Na sua opinião a simulação contribui a equipe de enfermagem para o cuidado da CDT?
5. Você se sente capacitado para fornecer suporte às CDT e suas famílias no domicílio? Por quê?

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, através do método proposto por Minayo, que envolve três etapas: a pré-análise, a partir da organização e leitura primária do material coletado; a exploração do material, caracterizada pela exploração e interpretação do material coletado; e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que envolvem a análise do que foi levantado (MINAYO, 2014).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que valida e regulamenta a pesquisa com humanos.

Para garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, a entrevista foi realizada em sala privativa, e os profissionais que desejaram participar da pesquisa assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

O presente estudo faz parte do macroprojeto “Contribuições da Simulação para o Cuidado às Crianças com Necessidades Especiais de Saúde” e sua aprovação, tanto pelo comitê de ética em pesquisa, quanto das instituições envolvidas, pode ser verificada no ANEXO A.

5 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo são apresentados e discutidos na forma de manuscrito, conforme Art. 4º da Normativa do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

5.1 MANUSCRITO: O Uso da Simulação para a Educação Permanente em Saúde da Equipe de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde: Contribuições para o Cuidado da Criança Dependente de Tecnologia.

Karina Sofia Tavares

Juliana Coelho Pina

RESUMO: a criança dependente de tecnologia é caracterizada como aquela com necessidade de suporte de algum dispositivo tecnológico para suprir a perda ou o mal funcionamento de algum órgão. São crianças clinicamente frágeis, que enfrentam problemas relacionados à falta de continuidades da assistência prestada, tendo em vista a ausência efetiva de uma linha de cuidados que as ampare. Diante do exposto, a presente pesquisa busca entender de que forma a simulação pode contribuir para a educação permanente em saúde da equipe de enfermagem da atenção primária à saúde e quais suas contribuições frente aos cuidados da criança dependente de tecnologia no contexto da atenção primária. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de caráter qualitativo, realizado com 11 profissionais da equipe de enfermagem de quatro centros de saúde, localizados na cidade de Florianópolis-SC. Foram realizados capacitações teórico práticas de habilidades procedimentais e simulações de alta fidelidade. As capacitações ocorreram nas dependências dos centros de saúde e um laboratório de práticas simuladas, localizado na cidade de Florianópolis-SC. A pesquisa respeitou a Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com humanos. A análise dos dados convergiu em duas categorias de significância, as quais foram exploradas e discutidas - A contribuição da simulação para o cuidado das crianças dependentes de tecnologia e As fragilidades do processo de trabalho e a necessidade de educação permanente. O estudo permitiu conhecer a contribuição da simulação para o cuidado da criança dependente de tecnologia, no contexto da atenção primária, além de trazer à luz fragilidades do cotidiano profissional da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Educação Permanente, Criança com Deficiência, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Simulação.

INTRODUÇÃO

A criança dependente de tecnologia (CDT) é reconhecida como aquela com estado de saúde clinicamente complexo, que necessita de cuidados multidisciplinares e que, devido à perda total ou parcial de algum órgão ou sistema do corpo, necessita do aporte de algum

dispositivo tecnológico que possibilite a manutenção da vida, como por exemplo, traqueostomia, gastrostomia, oxigenioterapia e ostomias em geral (OKIDO et al, 2016).

A redução da mortalidade infantil associada a doenças infecciosas e imunopreviníveis, proporcionada pelos avanços tecnológicos e pelo desenvolvimento de políticas públicas de saúde, garantiram a sobrevivência de crianças por meio de modernos recursos diagnósticos e terapêuticos, que em contrapartida acarretou no aumento da prevalência de crianças com necessidades especiais de saúde, e entre elas, as CDT (BARBOSA, et al, 2016, REIS, et al, 2017).

Inúmeras inovações tecnológicas desenvolvidas, ao longo dos anos, possibilitaram a sobrevivência dessas crianças clinicamente frágeis e permitiram que seus cuidados fossem prestados para além da dimensão hospitalar, podendo ser realizados pelos familiares no próprio domicílio (SOUZA et al, 2017). Cuidar de uma CDT no domicílio implica em intensos rearranjos familiares e é comumente caracterizado como desafiador, integral, exaustivo e estressante, sendo comum aos cuidadores de CDT o desenvolvimento de doenças psicossomáticas, como ansiedade e depressão (LIMA; PAULO; HIGARASHI, 2015).

O desafio de instituir políticas públicas ou uma linha de cuidados voltada para as necessidades desta crescente população trouxeram uma série de implicações para os serviços de saúde. Um dos principais resultados se dá pela fragmentação do cuidado dispensado a essas crianças, que possuem como atendimento de referência os serviços hospitalares e quase nenhum vínculo com a atenção primária à saúde, ocasionando um cuidado fragmentado e descontinuado, direcionado às situações agudas (SOUZA et al, 2017)

Faz-se cada vez mais necessário vincular essas crianças à APS, para que as mesmas possam receber um cuidado integral e longitudinal, que possibilite o desenvolvimento de suas potencialidades. Para isso, os profissionais necessitam estar preparados e qualificados para que, ao receber essas famílias, consigam realizar um cuidado integral, focado nas necessidades da criança e não somente na sua condição de saúde. A equipe de enfermagem apresenta grande potencial para alcançar este objetivo, pois sua assistência baseia-se em um cuidado integral, que envolve a promoção à saúde, a prevenção de doenças e até mesmo a reabilitação de condições crônicas (LIMA; PAULO; HIGARASHI, 2015).

Há uma crescente necessidade de se criar formas de capacitar o profissional de enfermagem que atua na APS, para atuar como rede de apoio para essas crianças e seus familiares (OKIDO; ZAGO; LIMA, 2015). Pensando nisto, o uso de métodos simulatórios para capacitar os profissionais de enfermagem, nas mais diversas demandas que possam surgir em seu ambiente de trabalho, é uma forma que vem sendo estudada para potencializar a

melhoria dos serviços prestados. A simulação permite aos profissionais, através de cenários de realidade assistencial, a ampliação e aperfeiçoamento dos seus conhecimentos, e consequentemente, uma maior qualificação (MESKA et al, 2016).

Sendo assim, a simulação, considerada uma metodologia ativa de ensino, permite aos envolvidos participar de uma experiência de ensino-aprendizagem teórico-prática pautada na aprendizagem significativa, onde o aluno é considerado o ator principal e o responsável pela construção de seu conhecimento e o professor atua como mediador/instrutor. Para a implementação da simulação, utilizam-se manequins de baixa, média e alta fidelidade, com vistas ao desenvolvimento de variadas habilidades, podendo ser procedimentais, cognitivas e até mesmo de comunicação (SEBOLD et al, 2017).

Este manuscrito é fruto de um trabalho de conclusão de curso em enfermagem, e busca através desta pesquisa, verificar de que forma a simulação, enquanto metodologia de ensino, utilizada na capacitação da equipe de enfermagem da atenção primária a saúde, pode influenciar no cuidado à criança dependente de tecnologia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, que foi realizado com profissionais da equipe de enfermagem de quatro centros de saúde (CS) da cidade de Florianópolis, SC, no período de agosto de 2018 a setembro de 2018.

Os CS convidados seguiram um único critério de inclusão - ter pelo menos uma CDT em seu território adstrito. Para sua escolha, contou-se com a indicação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além do uso da técnica *Snow Ball*.

Os profissionais elegíveis a participarem do estudo seguiram os critérios de inclusão: atuar como profissional de enfermagem em um dos CS escolhidos, ter vínculo efetivo com a SMS, e estar em exercício da função no momento da coleta de dados. Foram excluídos do estudo os participantes que não concluíram a capacitação prevista (faltaram em pelo menos um dia), profissionais que atuavam há menos de 6 meses na rede básica de saúde e aqueles em período de férias ou afastamento. O número de participantes não foi definido previamente e obedeceu ao critério de saturação dos dados.

Foram ofertadas as capacitações relativas aos dispositivos mais comumente utilizados pelas CDT em domicílio, sendo eles: traqueostomia, gastrostomia, sondagem nasointestinal e sondagem vesical, ficando a critério dos profissionais de cada CS escolher o dispositivo de interesse para capacitação.

A partir da escolha dos dispositivos a serem objetos do programa de capacitação, as capacitações foram realizadas em dois momentos. O primeiro momento ocorreu nas dependências do próprio CS participante, sendo utilizados simuladores de baixa e média fidelidade, além dos materiais para o cuidado de cada tecnologia. Durante esse primeiro momento, foi realizado um resgate teórico sobre o dispositivo, destacando-se as evidências relativas aos cuidados com os mesmos; também foram demonstrados os procedimentos geralmente demandados para a APS, sendo oportunizado aos participantes a capacitação de técnicas procedimentais.

No segundo momento, os profissionais foram convidados a participarem de uma simulação de alta fidelidade, realizada em data previamente acordada, em um laboratório de práticas simuladas, localizado em Florianópolis, SC. A simulação de alta fidelidade objetivou reproduzir possíveis intercorrências enfrentadas por CDT e suas famílias no domicílio, passíveis de serem atendidas por profissionais da APS. Para essa etapa, foram utilizados: simulador infantil de alta fidelidade, ambiente domiciliar simulado e ator para o papel de mãe da criança

Os participantes, antes de iniciarem a cena simulada, foram submetidos ao *briefing*, momento onde são explicados todos os materiais utilizados no cenário, bem como todos os recursos e respostas oferecidos pelo simulador; após esse momento foi realizado a cenário simulado. Posteriormente à simulação, os profissionais passaram pelo *debriefing*, estruturado em quatro fases: *emocional*, em que os participantes foram questionados sobre como se sentiram no cenário; *descritiva*, na qual os participantes foram solicitados a descrever toda a cena; *analítica*, onde os participantes foram questionados sobre os pontos positivos de sua atuação e sobre o que fariam de maneira diferente em caso de uma nova situação; e *conclusiva*, quando os participantes foram questionados sobre qual aprendizado levariam da simulação clínica, bem como foram informados se atingiram os objetivos do cenário proposto (COUTINHO et al., 2014). Finalizado o capacitação, para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada por cinco questões norteadoras: 1. *O programa de capacitação atingiu o objetivo proposto? Por quê?* 2. *Quais são os aspectos positivos e negativos do método utilizado na capacitação (ou seja, as simulações)?* 3. *O que deveria ser modificado?* 4. *Na sua opinião a simulação contribui a equipe de enfermagem para o cuidado da CDT?* 5. *Você se sente capacitado para fornecer suporte às CDT e suas famílias no domicílio? Por quê?*

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo, utilizando o método proposto por Minayo (MINAYO, 2014). O presente estudo foi aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o CAAE 55922616.1.0000.0121, e seguiu a normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde; todos os participantes assinaram o previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para manter o sigilo dos envolvidos, os nomes dos participantes foram substituídos por letras e números: para enfermeiros utilizou-se a letra E, seguida da ordem da entrevista (E1, E2, E3...) e, para designar os técnicos de enfermagem, utilizou-se a letra T, também seguido do número de ordem da entrevista.

RESULTADOS

Participaram das capacitações 18 profissionais da equipe de enfermagem, pertencentes a quatro centros de Saúde da cidade de Florianópolis-SC; entretanto, sete deles foram excluídos, considerando-se os critérios de exclusão adotados. A caracterização dos 11 entrevistados é exibida a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos Participantes Entrevistados de Quatro Centros de Saúde. Florianópolis, 2018.

PARTICIPANTE	SEXO	IDADE (ANOS)	TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	TEMPO DE ATUAÇÃO NA UBS (ANOS)
E1	F	41	19	14
T1	F	43	10	3
E2	F	41	17	6
E3	F	43	16	10
E4	F	28	5	3
T2	M	43	26	4
T3	F	51	19	6
T4	F	44	16	6
T5	F	51	9	5
E5	F	45	20	13
E6	F	34	10	3

Fonte: O autor.

Em relação ao gênero dos participantes, houve um predomínio de mais de 90 % em profissionais do sexo feminino, 54,55% dos participantes eram profissionais enfermeiros e 45,45% eram profissionais técnicos de enfermagem. A idade média dos participantes foi de 42 anos, sendo 15 anos o tempo médio de profissão, e em média, seis anos de atuação no CS atual.

A respeito da escolha dos dispositivos a serem abordados, os profissionais de três CS escolheram como tema os cuidados com traqueostomia e os profissionais de um CS escolheram como tema cuidados com sonda nasointestinal.

A análise do conteúdo, realizada a partir dos relatos obtidos, resultou em duas categorias: A contribuição da simulação para o cuidado das CDT no contexto da APS e As fragilidades do processo de trabalho e a necessidade de educação permanente.

Cada categoria de significância será apresentada e explorada a seguir.

A contribuição da Simulação para o Cuidado da Criança Dependente de Tecnologia no contexto da Atenção Primária à Saúde

Esta categoria está relacionada as capacitações realizadas pelos profissionais e apresenta os aspectos da tecnologia utilizada, enquanto metodologia de ensino, trazendo como perspectiva a relação entre a simulação e sua contribuição para a construção/consolidação do conhecimento acerca dos dispositivos apresentados, bem como para o cuidado à criança dependente de tecnologia. É composta por reflexões emergidas da *práxis* profissional.

O uso de uma metodologia que vincula a teoria com a prática foi um dos temas mais ressaltados durante as entrevistas, justificando-se que o fato de executar as ações após a discussão teórica possibilita ao profissional realizar um resgate de conhecimentos e de experiências prévias, que acabam sendo esquecidos pela realidade diária.

Mas assim isso revive na nossa memória, mesmo atendendo adulto, no caso de capacitação de criança, volta aquelas situações que a gente já fez, que não é muito diferente uma da outra, só muda o tamanho da criança e alguns parâmetros, mas a prática é a mesma, e tá fazendo esse treinamento, nos ajuda sim, a manter o conhecimento, reviver essas práticas. (E2)

A capacitação pensando num resgate teórico vinculado à prática, pensando na necessidade pontual fora do ambiente hospitalar, né? E trazer o domicílio enquanto cenário, achei bem positivo. (E3)

É porque eu acho, que é assim ó, quando a gente estuda a gente aprende, tudo isso que foi feito já foi... já foi passado e repassado, a gente já trabalhou com isso muito antes, mas tu vai esquecendo com o tempo, tu já não tá mais naquela prática né, e daí deu pra reforçar [...]. (T3)

Outro ponto positivo destacado foi permitir ao profissional o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades procedimentais/técnicas, bem como melhorias frente à tomada de decisão e ao raciocínio clínico, questões evidenciadas nas falas a seguir.

Do que fosse necessário, se fosse necessário fazer uma desobstrução de cânula, se fosse necessário fazer uma troca, se fosse necessário fazer uma reanimação. (E5)

Então tu tens essa simulação, te dá essa possibilidade, de enxergar possibilidades, até mesmo de execução daquela técnica, dependendo, não necessariamente tendo os objetos e o material que teria mais facilidade na parte hospitalar e bem como a visão, esse aprendizado, essa trazer mais pra realidade. (E3)

Porque foi uma coisa que eu nunca tinha feito, presenciado assim no meu curso, eu fiz estágio no hospital foi uma coisa bem rápida, só de aspiração (de traqueostomia) e pronto, mas não aquele processo [...] aquela coisa toda [...], tudo ali no caso, o procedimento ... a logística, o que faz primeiro. Mas pra mim foi bastante proveitoso assim. (T5)

O aprimoramento de habilidades relacionais foi outro ponto ressaltado através da experiência simulada - o profissional percebe que há a necessidade de apoiar o familiar que cuida de uma CDT, com isto, nota-se maior sensibilização com o tema exposto.

Mas é algo que a gente lida muito no dia a dia, visita domiciliar, com a angustia da mãe ou do pai do cuidador, enfim, e a gente tem que saber lidar com isso até pra passar tranquilidade, então, foi bem válido. (T4)

Conversa, paciência, por que eles ficam bem... que é normal[...]. Só que esses dias aconteceu um caso lá (no posto), que a criança convulsionou e a mãe só chegou lá e largou tá, e se jogou no chão, a mãe fica bastante abalada. (T4)

Não, foi interessante, que a gente viu até ali o... desespero da mãe né, que na hora foi muita boa, cena de chorar mesmo. E a simulação foi muito interessante, acaba tu se sentindo na situação, foi bem ... bem forte, me comoveu assim... (T5)

A sensação de realismo proporcionada pelo emprego da dramatização, do simulador de alta fidelidade e dos objetos comumente encontrados no domicílio foi outro ponto ressaltado nos discursos, pois auxilia o profissional a reconhecer e identificar algumas de suas práticas cotidianas, como evidenciado pela fala de E4.

Ademais, mesmo não tendo contato frequente com a CDT, o profissional percebe que há necessidade de se conhecer os cuidados, pois em uma situação real precisa estar preparado e qualificado, percebendo, assim, que a simulação contribui para a segurança do paciente, como elucidam os profissionais T1 e E3.

Porque ela faz com que o profissional veja o que pode tá acontecendo com todos os sinais característicos, sem ser só na teoria, a gente consegue ver na prática, ainda mais com um boneco que faz tudo aquilo, e a questão de vocês simularem, o familiar, simular, toda a situação, achei que... a gente sente, como se tivesse na casa mesmo. (E4)

Então contribui muito, porque a gente acaba já pensando nas possibilidades, vendo o que errou, como que vai fazer da próxima vez, com a criança realmente, então contribui muito. (T1)

É, assim, no sentido de se houver uma situação prática, é... então pra tentar evitar os erros, e em contrapartida, também, é... trazer coisas mais importantes e aquilo que realmente não pode deixar de fazer num atendimento. (E3)

As Fragilidades do Processo de Trabalho e a Necessidade de Educação Permanente

A capacitação de imersão simulada de alta fidelidade evidenciou um desconhecimento referente aos cuidados domiciliares das crianças dependentes de tecnologia, que são praticamente invisíveis para estes profissionais. Mesmo sendo escolhidos os CS que possuíam ao menos uma CDT em sua área, foi notório o desconhecimento, por parte dos profissionais, acerca desta população em seu território adstrito.

[...] a gente não tem esse contato com o paciente que vai para o domicílio, que é aquilo que a gente sempre fala, isso tem que vir pra nós como equipe, pra gente poder acompanhar, acho que ficaria mais fácil pro familiar, pro hospital, melhoraria um pouco pela demanda hospitalar, e a gente poderia ter uma prática mais efetiva, mais orientações, não sei, eu acho que é uma das coisas assim que acho. (E2)

Por isso que eu tô te dizendo, que se tem essas crianças no [hospital] infantil e tem esse programa é porque tem criança que tem demanda, aonde que tá essas crianças? (E2)

Foi percebido que, para alguns profissionais, há uma percepção fragmentada das atribuições da APS enquanto ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, percepção essa que pode influenciar diretamente sobre o cuidado da CDT.

As falas dos profissionais refletem que muitos deles veem a atenção terciária como referência para o cuidado da CDT, e descrevem a própria APS como um serviço de apoio, de entrega de materiais e de serviços pontuais.

Talvez daqui a pouco o infantil diga que não pode mais dá conta dessa demanda de crianças e o enfermeiro da rede pública vai ter que, e o médico vão ter que dá essa sustentabilidade, esse apoio, e aí pelo menos a gente já vai tá um passo na frente. (E2)

Sim, sim. O que eu acho é que se perde muito, é normalmente o ambulatório hospitalar ele fica com essa criança, né. E aí a família, também, eu acho que tem um pouco mais de segurança, em procurar direto lá, pela experiência, pela facilidade de acesso e muitas vezes pela resposta mais rápida. E até relativo a essa alta também, é muito difícil a gente receber é... esse chamado do hospital, pra uma situação de uma criança que vai de alta, a gente vai saber, muitas vezes pela necessidade da família em obter algum material e vem buscando. Mas é mais por retirada do material do que pra atendimento, não que a criança não tenha atendimento regular, mas esse atendimento acaba sendo via hospital. (E4)

Ademais, através dos relatos, percebe-se uma emergente necessidade de continuidade das capacitações realizados, o profissional percebe que há uma fragilidade na oferta e na continuidade das capacitações realizados, e entende que a importância deste tipo de prática é essencial para os cuidados da atenção primária - como evidenciado nas falas de E3 e T2. As capacitações pontuais nem sempre são suficientes para suprir as necessidades destes profissionais, como evidenciado na fala de T5.

[...] mas quanto mais capacitação, quanto mais capacitação, né, acho que mais apto tu tá, pra diante da correria, diante da urgência, principalmente, é... tu conseguir gerar um cuidado mais efetivo, mais resolutivo. Acho que trouxe muito pra visão prática, achei muito interessante (E3)

É que deve ser feito, de tempo em tempo, que muitas coisas quando tu não tens a prática, que não é o teu dia a dia, tu acabas esquecendo, então eu acho que de tempo em tempo deve ser feito, e vi como muito positivo[...]. Mas a gente com o tempo acaba esquecendo, depois de um tempo refazer esse curso seria interessante. (T2)

Preparada não, preparada eu vou tá mentindo pra ti. Acho que precisaria ter mais um embasamento, mais um conhecimento, mais uma vivência de uma situação real. (T5)

DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem é apontada como uma das principais forças de mudanças das práticas assistenciais da atenção primária, pois seu trabalho pauta-se na busca de uma assistência que fuja do modelo hegemônico médico-centrado, o qual se orienta apenas para o diagnóstico da doença e a busca pela sua cura; sendo assim, esta categoria de profissionais busca, em sua atuação, o foco na integralidade do cuidado, na promoção à saúde, na prevenção de doenças e na intervenção frente aos fatores de risco (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

Para realizar as diversas ações que lhe competem, os profissionais necessitam desenvolver e se apropriar de inúmeras competências e habilidades, a fim de realizar uma assistência efetiva e de qualidade, para a qual, nem sempre, os cursos de formação são suficientes. (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

Percebe-se que ainda não faz parte da rotina dos profissionais da APS o olhar voltado a crianças em algumas condições crônicas de saúde, como é o caso da CDT, isso se reflete na falta de rastreio, planejamento de cuidados e muito menos de acompanhamento periódico

dessas crianças, sendo estes, na maioria das vezes, delegados ao setor terciário (BELMIRO et al, 2017).

Para isso, é necessário que sejam realizadas, com estes profissionais, formas de capacitação, capacitação e cursos, com vistas ao resgate e consolidação de novos conhecimentos, que promovam mudanças do processo de trabalho, capazes de superar as barreiras atitudinais e estruturais que vem enfraquecendo, cada vez mais, a APS enquanto coordenadora do cuidado (BELMIRO et al, 2017).

Diante disto, a simulação, considerada uma tecnologia educacional, largamente utilizada em cursos de graduação, ainda é pouco utilizada (ou pelo menos documentada) em capacitações para os profissionais, especialmente os da atenção primária, tendo em vista as poucas publicações relacionadas ao tema. Entretanto, os benefícios gerados para os profissionais, por meio do método utilizado, são semelhantes aos experienciados por acadêmicos de curso superior, no que se refere às competências e habilidades desenvolvidas a partir da experiência simulada (NEGRI et al, 2017; SEBOLD et al, 2017)

É importante destacar que, ao contrário de estudantes de graduação, que possuem pouca experiência prática, o profissional possui toda uma bagagem teórica e de experiências prévias, que acabam influenciando sua experiência com a prática simulada. Tais experiências são elementos que fundamentam o desenvolvimento de competências clínicas, pois se acredita que o profissional, frente a situações inéditas e singulares, apoia-se nessas experiências para conduzir e manejar as situações futuras (AUED et al, 2016).

Fleury e Fleury (2001) definem competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem [...] valor social ao indivíduo” (p.188); Esta definição implica ao profissional a habilidade de saber agir, se comunicar, aprender, assumir responsabilidades e mobilizar recursos (Fleury; Fleury, 2001).

Em consonância, o pensamento crítico é uma habilidade que possibilita ao profissional a capacidade de questionar a prática realizada, analisar seu contexto, investigar as hipóteses, argumentar sobre as causas e experimentar novas abordagens de cuidado (COSTA et al, 2016).

As reflexões emergidas acerca da associação teórico-prática e a possibilidade do resgate de conhecimentos e experiências prévias promove a geração de novos saberes e competências, o que aumenta a autonomia do profissional para encontrar novas formas de abordagens para o cuidado. Compreende-se, assim, que a autonomia - capacidade de governar-se através dos próprios meios - é conquistada através do desenvolvimento de competências

clínicas e do pensamento crítico, estes, passíveis de serem desenvolvidos através do método simulado.

Dessa forma, uma das contribuições relacionadas ao uso da simulação é a de proporcionar ao profissional uma maior autonomia para o cuidado, pois permite ao mesmo o desenvolvimento de um conjunto de habilidades que direcionam as práticas profissionais; os ganhos percebidos foram o desenvolvimento de habilidades procedimentais, relacionais, além de fomentar a tomada de decisão e o raciocínio clínico.

Outros ganhos obtidos através da experiência simulada, que impactam diretamente ao cuidado da CDT, estão relacionados com a aproximação da realidade que a técnica utilizada promove. Isto invoca ao profissional a necessidade de expor as mesmas respostas emocionais e psicológicas que teriam que apresentar em uma situação real, o que fomenta ainda mais o desenvolvimento do pensamento crítico e a tomada de decisão; além disso, a confiança desenvolvida é outro ganho percebido, pois ao se sentir mais confiante na realização dos cuidados, o profissional percebe melhorias relacionadas à segurança do paciente (NEGRI et al, 2017).

Em adição, a organização da atenção à saúde da CDT deve ser orientada buscando sempre a integralidade do cuidado, com vistas a suprir suas necessidades singulares, e não apenas aquelas inerentes à sua condição de saúde. A assistência voltada a atendimentos e ações pontuais é incapaz de suprir as necessidades dessas crianças, que necessitam de uma assistência que transpasse as barreiras impostas pela sua condição e permita que as mesmas tenham oportunidades de desenvolver suas potencialidades, independentemente de seu quadro clínico; para isto, faz-se necessário que a equipe de enfermagem da APS forneça uma assistência em saúde contínua, responsável e comprometida (NOBREGA et al, 2017).

Entretanto, nota-se que, na realidade cotidiana, não há uma responsabilização pelo cuidado das CDT; isso é evidenciado pelo desconhecimento desta população no próprio território adstrito, o que implica em uma lacuna na assistência prestada e promove, ainda mais, o distanciamento entre a CDT/família e a atenção primária.

A falta de responsabilização, muitas vezes, se dá pela falta de preparo e de conhecimento técnico-científico do profissional atuante, que não consegue visualizar novas formas de assistência sem ser aquelas comuns ao seu cotidiano, além da comunicação pouco efetiva entre a atenção terciária e a APS, evidenciado por um fragilizado sistema de referência e contrarreferência que resultam na ausência destas crianças nos serviços de atenção primária (ZAMBERLAN et al., 2013); sendo estes, alguns dos fatores que culminam em um antagonismo frente ao cuidado da CDT. Por sua vez, a atuação da equipe de enfermagem deve

sobrepôr a lógica de procedimentos e rotinas; identificar as necessidades em saúde dessas crianças e atuar juntamente com a família, como uma unidade familiar, é imprescindível para uma assistência qualificada e resolutiva (BELMIRO et al, 2017).

A empatia, considerada a capacidade de se sensibilizar com as situações vividas por outrem, também é evidenciada através do capacitação simulado, impactando positivamente na assistência à CDT, pois permite uma maior aproximação e responsabilização do profissional frente aos cuidados da CDT, estimulando, assim, criação de vínculos (NEGRI et al, 2017).

Estudo aponta que as facilidades encontradas para uma boa prestação da assistência são comumente associadas, entre outras causas, com o reconhecimento e valorização da equipe de enfermagem perante seu território e seus gestores, bem como a participação em capacitações e treinamentos relacionados à educação permanente em saúde. Já as fragilidades encontradas para as práticas assistenciais ainda estão relacionadas ao modelo hegemônico curativista praticado, à infraestrutura insuficiente e à educação permanente em saúde deficiente e pouco articulada com a realidade (IPUCHIMA; SOUZA; WEIS, 2017). Este estudo corrobora com as falas dos profissionais que entendem a importância de se manterem atualizados através de cursos, capacitações e treinamentos, com vistas à superação das vulnerabilidades do processo de trabalho.

Os participantes evidenciam que há fragilidades na oferta e continuidades dessas capacitações, impactando negativamente na qualificação profissional, pois refletem que capacitações pontuais não impactam em mudanças na prática. Essa percepção está em consonância com as afirmações da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), criada em 2009, que considera a capacitação como uma das estratégias relacionadas à educação permanente em saúde (EPS) para enfrentar os problemas nos serviços de saúde; que afirma que quando pautada em atividades pontuais, as capacitações, nem sempre suprem as necessidades de saúde de uma população ou de um serviço de saúde (BRASIL, 2009). Acredita-se, portanto, que capacitações isoladas não são consideradas a melhor forma de se produzir mudanças nos processos de trabalho, necessitando ser refeitas de tempo em tempo, partindo das necessidades dos profissionais.

Nesse sentido, a partir dos resultados do presente estudo, considera-se que a simulação é uma estratégia que pode contribuir para consolidar um programa de EPS, direcionado a profissionais da APS que possuem CDT em sua área de abrangência. Contudo, para que as ações educativas sejam efetivas, elas devem emergir da necessidade cotidiana das equipes, a partir do conhecimento das CDT egressas dos hospitais. Propõe-se, nesse sentido, que o programa de EPS esteja atrelado a um efetivo processo de contrarreferência hospitalar, no

qual a comunicação com a APS deve, idealmente, iniciar-se antes mesmo da alta hospitalar. A partir dessa comunicação, se a equipe de enfermagem da APS julgar necessário a capacitação ou atualização sobre os cuidados necessários àquela CDT, seria desencadeado o programa educativo baseado em simulações.

Dessa maneira, acredita-se que os profissionais de enfermagem da APS terão maior autonomia e segurança no cuidado das CDT, contribuindo para a sua vinculação com a criança e sua família. A partir desse vínculo, o profissional pode responsabilizar-se pelo cuidado longitudinal e integral da criança e de sua família, identificando e atendendo necessidades que extrapolam o contexto hospitalar e ambulatorial. Apesar da importante contribuição à literatura científica, esta pesquisa apresenta, como limitação, resultados baseados apenas na perspectiva dos profissionais. Entende-se que, como a proposta é inovadora, o desenho adotado por este estudo foi ideal para explorar as potencialidades da simulação, no contexto proposto. Contudo, com vistas ao avanço do conhecimento científico, recomenda-se a realização de estudos metodologicamente mais robustos, que investiguem o impacto da simulação como estratégia para a EPS de profissionais da APS, no que concerne ao cuidado das CDT.

CONCLUSÃO

Poucos estudos abordam o uso da simulação e suas contribuições para a capacitação de habilidades e competências com profissionais da equipe de enfermagem da atenção primária a saúde. Nesse contexto, este estudo traz evidências positivas em relação ao uso do método empregado e legítima, assim, a importância da simulação enquanto método pedagógico, o que agrega valor à tecnologia utilizada.

A simulação proporcionou uma experiência fidedigna e significativa aos envolvidos, que conseguiram refletir, a partir da prática simulada, em novas formas de abordagem e de cuidado. Acredita-se que essa reflexão contribuirá para melhorar a assistência à CDT pois, ao qualificar o profissional para o cuidado, a simulação promove uma aproximação dos mesmos a essas populações.

Outros aspectos emergidos pela pesquisa estão relacionados às fragilidades das práticas profissionais e do processo de trabalho. Percebe-se, nesse aspecto, que os profissionais sentem a necessidade de serem capacitados e treinados, destacando os aspectos positivos em relação à continuidade da capacitação. Entretanto, a partir das falas, pode-se

perceber uma dificuldade na gestão da educação permanente em saúde, que dificulta a melhoria das práticas de cuidado.

Outra questão evidenciada se refere à invisibilidade das CDT, no contexto da APS, tanto pela falha no processo de contrarreferência hospitalar, como pelo desconhecimento dos profissionais do papel da APS como articuladora e ordenadora do cuidado, na RAS. Essa questão dificulta o vínculo com a CDT e sua família e a responsabilização de seu cuidado, por parte dos profissionais.

Conclui-se que a caracterização das CDT adstritas às unidades de APS é fator primordial para se efetivar uma linha de cuidado a estas crianças, além de um consolidado programa de EPS. Nesse sentido, a simulação tem o potencial para ser utilizada como estratégia para a EPS desses profissionais. Para tal, as ações educativas devem ser planejadas para ocorrer de forma contínua e atrelada às necessidades dos profissionais, desencadeadas a partir do processo de contrarreferência hospitalar das CDT.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 64p. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

AUED, Gisele Knop et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 142-149, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100142&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

BARBOSA, Thaís Araújo et al. Support network and social support for children with special health care need. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.60-66, 23 fev. 2016. *Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/295839755_Support_network_and_social_support_for_children_with_special_health_care_need>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BELMIRO, Sâmara Sirdênia Duarte de Rosário et al. Atuação da Equipe de Enfermagem na Assistência à Criança com Deficiência na Atenção Primária à Saúde. **Rev Enferm Ufpe On Line.**, Recife, v. 11, n. 4, p.1679-1686, abr. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15265/18065>>. Acesso em: 20 out. 2018.

COUTINHO, Verónica Rita Dias; MARTINS, José Carlos Amado; PEREIRA, Maria de Fátima Carneiro Ribeiro. Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 2, p. 41-50, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832014000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2018

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et al. Tipos e Finalidades da Simulação no Ensino de Graduação em Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.1-11, 16 set. 2016. *Revista Baiana de Enfermagem*. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16589>>. Acesso em: 20 out. 2018.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PERICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 5, n. spe, p. 183-196, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

IPOCHIMA, Jaqueline Ramires; SOUZA, Aline Correa; WEIS, Alisia Helena. Prática assistencial dos enfermeiros em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **J Nurs**

Health. [s.l.], p. 1-12. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/9131/8064>>. Acesso em: 19 out. 2018.

LIMA, Muriel Fernanda; PAULO, Luis Fernando de; HIGARASHI, Ieda Harumi. Technology-dependent children: the meaning of home care – a descriptive study. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.178-189, 30 jun. 2015. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5191>>. Acesso em: 21 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** . 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NEGRI, Elaine Cristina et al. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, p.1-10, 3 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100604>. Acesso em: 21 out. 2018.

NOBREGA, Vanessa Medeiros da et al . Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, e03226, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100427&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2018.

OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli et al . Criança dependente de tecnologia e a demanda de cuidado medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 718-724, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400718&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2018.

REIS, Kamilla Milione Nogueira et al . A Vivência da Família no Cuidado Domiciliar à Criança com Necessidades Especiais de Saúde. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 23, n. 1, p. 45-55, abr. 2017. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000100045&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018.

SEBOLD, Luciara Fabiane et al. Simulação Clínica: Desenvolvimento de Competência Relacional e Habilidade Prática em Fundamentos de Enfermagem. **Rev Enferm Ufpe On Line.**, Recife, v. 11, n. 10, p.4184-4190, out. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231181/25158>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SOUZA, Emanuelle Marques et al. Rede social de apoio a uma criança dependente de tecnologia Social network support for a child dependent of technology. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.79-84, 10 jan. 2017. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4347/pdf_1>. Acesso em: 21 out. 2018.

ZAMBERLAN, Kellen Cervo et al. O cuidado familiar a criança com necessidades especiais de saúde no contexto da comunidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.290-297, 26 set. 2013. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.21758>. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21758>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC

Este estudo teve como objetivo geral conhecer a contribuição da simulação, enquanto tecnologia de ensino, para a educação permanente em saúde da equipe de enfermagem da atenção primária a saúde e suas contribuições para o cuidado da criança dependente de tecnologia, para tanto, foram realizadas capacitações referentes aos cuidados dos dispositivos tecnológicos mais comumente utilizados por crianças dependente de tecnologia em domicílio, por meio de simuladores de baixa, média e alta fidelidade.

Através das capacitações de práticas procedimentais e intercorrências cotidianas, foi possível identificar nos envolvidos, o desenvolvimento e aquisição de habilidades e competências que possibilitarão uma maior autonomia frente aos cuidados destas crianças, além disso, houve uma maior sensibilização dos profissionais ao tema, tendo em vista que estas crianças se configuram como uma frágil população, praticamente invisível aos profissionais da atenção básica.

Por meio do estudo, pode-se perceber algumas fragilidades no processo de trabalho, que cerceiam a rotina destes profissionais. O desconhecimento da população estudada no território adstrito, a ausência de um programa de educação permanente sólido e eficaz, além da falta de responsabilização pelos cuidados destas crianças, certamente são fatores que impactam no distanciamento e falta de vinculação desta população com a Atenção Primária à Saúde.

Durante a elaboração deste estudo encontrou-se dificuldades em se encontrar literatura, tanto nacional quanto internacional, referente a utilização da simulação em profissionais de enfermagem, ficando evidente que há uma lacuna a ser preenchida por maiores estudos, no que tange a exploração da simulação na educação permanente em saúde de profissionais da equipe de enfermagem, com ênfase na atenção primária.

A presente pesquisa aponta a necessidade de estratégias que superem a fragmentação do cuidado dessas crianças; acredita-se que a capacitação da equipe de enfermagem seja o primeiro passo para a vinculação da CDT à APS, este estudo abre caminhos para se refletir, estudar e explorar novas formas de capacitar os profissionais da atenção primária, exaltando seus conhecimentos prévios e permitindo um meio para que novas competências sejam desenvolvidas, com vistas a mudança das práxis

A partir da experiência proporcionada por esta pesquisa, propomos uma sistemática para a EPS das equipes de enfermagem de unidades de APS, as quais possuam CDT em seu território, com vistas à consolidação de uma rede de cuidados a essa população.

Fortalecendo os estudos já publicado, esta pesquisa evidencia que os benefícios do método estudado para a CDT envolvem a possibilidade de receber um cuidado integral e longitudinal no contexto domiciliar, com vistas a promover o seu crescimento e desenvolvimento pleno e possibilitando uma melhor qualidade de vida, não apenas para si, mas também para toda a família.

REFERENCIAS

ALVES, João Manuel Nunes de Oliveira; AMENDOEIRA, José Joaquim Penedos; CHAREPE, Zaida Borges. A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, e2016-0070, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400403&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ARRUE, Andrea Moreira et al. Tradução e adaptação do Children with Special Health Care Needs Screener para português do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00130215, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000604002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BARBIANI, Rosangela; NORA, Carlise Rigon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2721, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2018.

BARBOSA, Thaís Araújo et al. Support network and social support for children with special health care need. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.60-66, 23 fev. 2016. *Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/295839755_Support_network_and_social_support_for_children_with_special_health_care_need>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Congresso. Senado. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 20 ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação. Brasília, 2018. 180p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>. Acesso em: 28 de Set. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.127 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 28 de Set. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.127 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 28 de jul. 2018

_____. Constituição (1990). Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Lei Ordinária**. Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 08 abr. 2018.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 abr. 2018.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 13 ago. 2018

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede De Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://Bvsmms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Gm2010/Anexos/Anexos_Prt4279_30_12_2010.Pdf>. Acesso em: 20 Jul. 2018

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 21 set. 2017. Disponível Em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 11 nov. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 64p. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

CABRAL, Ivone Evangelista; MORAES, Juliana Rezende M. M. de; SANTOS, Flávia Fragoso dos. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.211-218, ago. 2003. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1104>. Acesso em: 12 jul. 2018.

CABRAL, Ivone Evangelista; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1078-1085, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000601078&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Ago. 2017.

CHILD AND ADOLESCENT HEALTH MEASUREMENT INITIATIVE et al. Who are children with special health care needs (CSHCN). **Data Resource Center, supported by Cooperative Agreement**, v. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.cahmi.org/wp->

content/uploads/2014/06/CSHCNS-whoarecshcn_revised_07b-pdf.pdf> . Acesso em: 10 Jul. 2018.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20263/pdf_63> Acesso em 31 ago. 2017.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et al. Tipos e Finalidades da Simulação no Ensino de Graduação em Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.1-11, 16 set. 2016. Revista Baiana de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16589>. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16589>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

DIAS, Beatriz Caroline; ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MARCON, Sonia Silva. Vulnerabilidade Familiar de Crianças com Necessidades Especiais de Cuidados Múltiplos, Complexos e Contínuos. **Rev Min Enferm.**, v. 21, n. 1027, p.1-8, 31 maio. 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1163>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

DUARTE, Elysângela Dittz et al . Care of Children with a Chronic Condition in Primary Care: Challenges to the Healthcare Model. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1009-1017, Dez. 2015a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000401009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DUARTE, Elysângela Dittz et al. Challenges of nursing care for children with chronic conditions in primary health care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.648-655, 2015b. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://www.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1349> Acesso em: 10 Jul. 2018.

ESTEVES, Joyce de Souza et al. Families' concerns about the care of children with technology-dependent special health care needs. **Investigación y Educación En Enfermería**, [s.l.], v. 33, n. 3, p.547-555, 15 out. 2015. Universidad de Antioquia. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/24464/19999>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

FABRI, Renata Paula et al. Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. **Rev Esc Enferm Usp**, [s.l.], v. 51, n. 03218, p.1-7, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03218.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FERREIRA, Claudenice. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde. **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/1617/1099>>. Acesso em: 23 set. 2017.

FIGUEIREDO, Sarah Vieira; SOUSA, Ana Carla Carvalho de; GOMES, Ilvana Lima Verde. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 88-95, fev. 2016. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100088&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2018.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Vitória, Es, v. 20, n. 1, p.90-98, mar. 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2017.

GOES, Fernanda Garcia Bezerra; CABRAL, Ivone Evangelista. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 1, p. 163-171, Fev. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000100163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2017.

LIMA, Muriel Fernanda; PAULO, Luis Fernando de; HIGARASHI, Ieda Harumi. Technology-dependent children: the meaning of home care – a descriptive study. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.178-189, 30 jun. 2015. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5191>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MARIANI, Fernanda Elisa Pereira; DUARTE, Elysângela Dittz; MANZO, Bruna Figueiredo. Perfil de crianças, adolescentes e seus cuidadores assistidos por um Programa de Atenção Domiciliar. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 17, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160018.pdf>> Acesso em: 31 ago. 2017.

MARTINS, José Carlos Amado et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.619-625, jan. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010321002012000400022>>. Acesso em: 23 set. 2017.

MCPHERSON, Merle et al. A New Definition of Children With Special Health Care Needs. **Pediatrics**, [s.l.], v. 102, n. 1, p.137-139, 1 jul. 1998. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/102/1/137?/sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000000000000000&nfstatusdescription=E%20RROR%3a+No+local+token>. Acesso em: 12 jul. 2018.

MEDINA, Eugenia Urra; BARRIENTOS, Sandra Sandoval; NAVARRO, Fabio Irribarren. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. **Investigación En Educación Médica**, Chile, v. 6, n. 22, p.119-125, abr. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.147>. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505717301473>>. Acesso em: 23 set. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de Atenção à Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-deatencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-sauderrras/as_redes_de_atencao_a_saude.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2015. 193 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MESKA, Mateus Henrique Gonçalves et al. Urinary retention: implications of low-fidelity simulation training on the self-confidence of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 831-837, 2016. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000500831&lng=en&tlng=en> Acesso em: 10 de Ago. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. . 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONNERAT, Cecília Paula et al. Estratégia de Educação em Saúde com Familiares de Crianças em uso Contínuo de Medicamentos. **Rev Enferm Ufpe On Line.**, Recife, v. 11, n. 10, p.3814-3822, nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11461/13293>>. Acesso: em 31 ago. 2017.

NEGRI, Elaine Cristina et al. Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, p.1-10, 3 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100604>. Acesso em: 23 set. 2017.

REIS, Kamilla Milione Nogueira et al . A Vivência da Família no Cuidado Domiciliar à Criança com Necessidades Especiais de Saúde. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 23, n. 1, p. 45-55, abr. 2017. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000100045&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2018.

OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli et al . Criança dependente de tecnologia e a demanda de cuidado medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 718-724, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400718&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2018.

OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli; PINA, Juliana Coelho; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Factors associated with involuntary hospital admissions in technology-dependent children. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 29-35, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2018.

OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli; ZAGO, Márcia Maria Fontão; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Care for technology dependent children and their relationship with the health care systems. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.291-298, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692015000200015&lng=en&tlng=en>. Acesso: em 31 ago. 2017.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de; PRADO, Marta Lenise do; KEMPFER, Silvana Silveira. Use of simulations in nursing education: an integrative review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.487-495, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/941>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

RAMOS, Livian Damiele Coelho et al. Maternal care at home for children with special needs. **Investigación y Educación En Enfermería**, [s.l.], v. 33, n. 3, p.492-499, 15 out. 2015. Universidad de Antioquia. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a13>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300013&lng=pt&nrm;=.pf&tlng=pt>. Acesso em: 27 set. 2017.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. A inserção da educação permanente no processo de trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.2349-2361, 2 dez. 2016. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i3.1027>. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1027>>. Acesso em: 13 ago. 2018

SILVA, Rosane Meire Munhak da et al. A Longitudinalidade no Cuidado à Saúde da Criança no Contexto da Atenção Primária. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 11, n. 5, p.1909-1917, maio 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23340/18943+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

SILVEIRA, Maurício de Souza; COGO, Ana Luísa Petersen. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e66204, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200501&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2017.

SOUZA, Emanuelle Marques et al. Rede social de apoio a uma criança dependente de tecnologia Social network support for a child dependent of technology. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.79-84, 10 jan. 2017. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4347/pdf_1>. Acesso em: 14 jul. 2018.

TAQUETTEI, Stella Regina; DE SOUZA MINAYOII, Maria Cecília. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina Teaching-Learning of Qualitative Research Methods in Medicine. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 39, n. 1, p. 60-67, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Stella_Taquette/publication/277899670_EnsinoAprendizagem_da_Metodologia_de_Pesquisa>

_Qualitativa_em_Medicina/links/5582871408ae6cf036c1886a.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

TRIVIÑOS, Augusto.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997. 175 p.

WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF HEALTH. **Children with Special Health Care Needs Manual.** EUA. 2017. 192p. Disponível em: <<https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/970-209-CSHCN-Manual.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1	Nome do Entrevistador: _____
2	Número do questionário: I _ I _ I _ I
3	Data da entrevista: D I _ I _ I M I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I ANO
4	Sexo: Feminino () Masculino ()
5	Idade: ANOS I _ I _ I
6	Profissão: Enfermeiro ()

	<p>Técnico de enfermagem ()</p> <p>Auxiliar de enfermagem. ()</p> <p>Outro () Qual? _____</p>
--	--

7	<p>Tempo de atuação na profissão: I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I</p> <p>ANOS MESES DIAS</p>
---	---

8	<p>Tempo de atuação na UBS atual: I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I</p> <p>ANOS MESES DIAS</p>
---	---

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Como a Simulação pode Contribuir para a Capacitação da Equipe de Enfermagem da Atenção Primária a Saúde no Cuidado das Crianças Dependentes de Tecnologia

Pesquisador responsável: Karina Sofia Tavares: Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que busca conhecer como a simulação pode contribuir para a capacitação da equipe de enfermagem da atenção primária à saúde no cuidado das crianças dependentes de tecnologia. Como o(a) Sr.(a) já participou das capacitações realizadas aqui na UFSC, gostaríamos de saber como foi essa experiência. Se estiver de acordo, o(a) Sr.(a) participará da pesquisa respondendo a um questionário contendo uma seção de caracterização dos participantes (nome, idade, profissão, etc.) e participará de uma entrevista, a qual será gravada com gravador digital, se o(a) Sr.(a) autorizar.

Para tal, conto com cerca de 40 minutos de seu tempo. Todas as informações serão mantidas em sigilo e será garantido o anonimato dos participantes. A gravação de sua entrevista será transcrita (digitada no computador) para que o(a) Sr.(a) possa ler o conteúdo e me dizer se o que escrevemos confere com o que foi dito. As informações serão usadas somente para esta pesquisa e serão divulgadas apenas em revistas científicas, documentos científicos e congressos. A qualquer momento, o(a) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa e isso não vai interferir na sua participação em outras capacitações realizadas nos laboratórios da UFSC. Não haverá despesas para o(a) Sr.(a), em qualquer momento do estudo. Também não haverá remuneração financeira ou benefícios diretos pela sua participação. Por outro lado, os resultados desta pesquisa podem melhorar a assistência de enfermagem às CRIANES, na atenção básica e no domicílio.

Entendo que sua participação nessa pesquisa tem o risco de gerar alguma forma de desconforto, pois o(a) Sr.(a) falará sobre sua capacidade para cuidar de CRIANES e isso pode causar-lhe incômodo. Caso isso aconteça, pedimos que o(a) Sr.(a) nos comunique e interromperemos imediatamente a entrevista, retomando-a apenas se for de sua vontade. Caso precise, eu e os demais pesquisadores estaremos prontos para ouvi-lo(a) e ajudá-lo(a). O(a) Sr.(a) terá direito a indenização e ressarcimento, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases desta pesquisa, em casos de eventuais danos comprovadamente causados pela sua participação, de acordo com a legislação vigente no país.

Igualmente, nos comprometemos a seguir as diretrizes da Resolução 466/2012. Se concordar em participar da pesquisa, o(a) Sr(a) receberá duas vias deste documento, rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Karina Sofia Tavares
Graduanda de Enfermagem / Pesquisadora responsável
E-mail: Karina.s.tavares@gmail.com

Eu, _____ aceito participar da pesquisa “Contribuições da simulação para o cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES)”. Fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa e sobre minha forma de participação. Sei que a qualquer momento posso pedir novas informações e deixar de participar da pesquisa, se assim o desejar. Recebi a garantia de que não serei identificado quando os resultados da pesquisa forem divulgados e que essa divulgação acontecerá apenas em meios científicos. Recebi uma cópia deste documento e pude tirar as minhas dúvidas em relação a ele.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Local: _____ Data: ____/____/____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PÁGINA 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES DA SIMULAÇÃO PARA O CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Juliana Coelho Pina

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55922616.1.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Departamento de Enfermagem
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.556.428

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada “CONTRIBUIÇÕES DA SIMULAÇÃO PARA O CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE” trata de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, a ser realizado com cuidadores de CRIANES e profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município. A pesquisa será desenvolvida no Centro de Pesquisa em Tecnologias de Cuidado em Enfermagem e Saúde (CEPETEC-UFSC), em parceria com dois hospitais de ensino (Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e Hospital Infantil Joana de Gusmão) e com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis -SC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as contribuições da simulação para a capacitação de cuidadores de CRIANES e profissionais de enfermagem da atenção básica que atuam na rede de cuidados a essas crianças, em Florianópolis -SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PÁGINA 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.556.428

Os participantes serão esclarecidos sobre o risco de sentirem-se incomodados em falar sobre sua capacidade para cuidar de CRIANES e que, caso isso aconteça, a entrevista será imediatamente interrompida, retomando-a apenas se for de sua vontade. Além disso, será ressaltado que o pesquisador estará à disposição para ouvir e ajudar os participantes que precisarem.

Benefícios:

Em relação aos potenciais benefícios, os participantes serão informados que os resultados desta pesquisa podem melhorar a qualidade do cuidado das CRIANES, na atenção básica e no domicílio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtido os dados conclusivos, serão elencadas informações que proporcionarão uma melhor qualidade de cuidados das CRIANES.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP SH.

Recomendações:

Recomendamos que o fecho do documento, onde se encontram a palavra “Atenciosamente” e o nome da pesquisadora, seja colocado ao final da segunda página do TCLE, uma vez que o “consentimento pós-informado” é parte integrante do corpo do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta inadequações, ou impedimentos a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699569.pdf	06/05/2016 16:14:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprojetcrianes.docx	06/05/2016 16:13:35	Juliana Coelho Pina	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetosimulacaocrianescep.pdf	06/05/2016 16:10:44	Juliana Coelho Pina	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PÁGINA 03

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.556.428

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaosms.pdf	06/05/2016 16:09:47	Juliana Coelho Pina	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaohijg.pdf	06/05/2016 16:09:36	Juliana Coelho Pina	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaohu.pdf	06/05/2016 16:09:22	Juliana Coelho Pina	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocrianes.pdf	06/05/2016 16:00:58	Juliana Coelho Pina	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Maio de 2016

Assinado por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

A orientanda demonstrou interesse, responsabilidade, pró-atividade e comprometimento científico, em todas as etapas da pesquisa. Destacou-se, especialmente, pelo seu empenho na coleta de dados e sua capacidade em articular conceitos, formular ideias e amparar cientificamente suas hipóteses.

Foi observada evolução da aluna com a realização deste trabalho, sendo que suas considerações e conclusões revelam apropriação e aprofundamento do tema. Seu empenho e dedicação resultaram em um estudo importante para o avanço científico da enfermagem e para os cuidados das crianças dependentes de tecnologia.

Florianópolis, 25 de outubro de 2018.


Prof. Dra. Juliana Coelho Pina